

## 《訪問診療をご希望の方へ》

※訪問可能エリア: 当クリニックより16km圏内

お身体の状態やご家族の事情で、通院が困難な方は訪問診療が可能です。

※訪問診療の適用にならない場合もございますので予めご了承ください

※専門的な緩和医療・ケアをご希望の場合は、別途ご相談ください

「**問診票兼訪問診療申込書**」に必要事項を記入の上いただきお電話、FAX、メールでお申し込みください。

(メールでお申し込みの方はメール本文に項目を記載いただいても結構です)

**[問診票兼訪問診療申込書]**にご記入いただきお電話かFAX、メールでお申し込みください。

なお、手続きには以下の書類も必要となりますので、併せてご準備ください。

### **[手続きに必要なもの]**

- ・健康保険証(国民健康保険証・高齢者医療費受給者証)
- ・限度額適用認定証 ・介護保険者証 ・障害者手帳
- ・お薬手帳 ・医療機関からの紹介状など

医療法人あゆみ会 いせ在宅医療クリニック

電話: 0596-20-8104A

FAX: 0596-20-8105

Mail: ise.homecareclinic@gmail.com

# 問 診 票

《マイナ保険証をお持ちの方は、診療情報の取得に同意しますか はい ・ いいえ 》

フリガナ	男 ・ 女	M・T	年	月	日生( 歳)
氏名		S・H			
住所 〒		携帯( )		—	
		自宅( )		—	
①どのような症状がありますか(具体的な症状をご記入ください) ②身長 cm 体重 kg					

③睡眠の状態[良 ・ 時々眠れない ・ 不良] ④便通の状態[普通・便秘( 日)・下痢( 回)/日]

⑥飲酒について: 飲む ・ 時々 ・ 飲まない 種類( ) 量( /日)

⑦喫煙について: 吸う( 本/日) ・ 以前は吸っていた ・ 吸わない

⑧現在、他の医療機関に通院していますか: 医療機関名[ ] 最近の受診日[ 月 日頃]

病名[ ] 治療内容[ ] 治療期間[ ]

⑨現在服用中のお薬はありますか(※お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください)

ない ・ ある[お薬の名前など: ] ※1

⑩お薬や注射、食品、植物等で異常やアレルギー反応が出たことがありますか ない ・ ある

⑪この1年間に大きな病気で医療機関に入院したり、手術したことがありますか はい ・ いいえ

入院時期( )・病名( )・手術した部位など( ) ※2

⑫介護保険を利用していますか [ 利用している ・ 利用していない ・ 申請中 ]

⑬-1 ケアマネージャーはお決まりですか いいえ ・ はい

⑬-2 ケアマネージャー[ ]・事業所[ ]

⑭訪問看護・ヘルパーは利用していますか いいえ ・ はい 事業所[ ]

⑮訪問診療をいつから希望されますか 至急 なるべく早く いつからでも その他( )

⑯その他 障害者手帳、受給者証、他の証書をお持ちの方はお申し出ください

当院はマイナ保険証の利用や問診票により診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご理解とご協力をお願いいたします。

※1) マイナ保険証による情報取得に同意された方は、直近1ヵ月以内の処方薬以外は省略可 ※2) マイナ保険証による情報取得に同意された方は記載の省略可  
※3) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時): 加算1) 4点・加算2) 2点(マイナ保険証を利用した場合)

上記の記載内容にて、オンライン認証による資格確認等の個人情報の取得に同意します

令和 年 月 日 患者との続柄[ ] 氏名[ ]

(医)あゆみ会 いせ在宅医療クリニック